

体温(

※住所・電話番号の変更がありましたら、下記にご記入ください。

)度/体重(

kg•g)

飛再診用●❤️

体温(

※住所・電話番号の変更がありましたら、下記にご記入ください。

)度/体重(

kg•g)

プリカア 名 前 西暦 年 月 日生(歳 ヶ月)	カリカア 名 前 西暦 年 月 日生(歳 ヶ月)
当てはまる症状に√を入れて下さい。	
□身近に流行している感染症はありますか? ○ はい ○ いいえ	□身近に流行している感染症はありますか? ○ はい ○ いいえ
〇コロナ 〇インフルエンザ 〇その他()	〇コロナ 〇インフルエンザ 〇その他()
□ 発熱 ○本日()時頃から ○()日前から ○前の受診から	□ 発熱 ○本日()時頃から ○()日前から ○前の受診から
最高()度	最高()度
解熱剤は使用しましたか? 〇 はい ()日()時頃使用	解熱剤は使用しましたか? 〇 はい ()日()時頃使用
○ いいえ	○ いいえ
□ 咳 ○本日 ○()日前から ○前の受診から	□ 咳 ○本日 ○()日前から ○前の受診から
○多 ○少 いつ頃多く出ますか?(朝 ・ 夜 ・ 1日中)	○多 ○少 いつ頃多く出ますか?(朝 ・ 夜 ・ 1日中)
□ 鼻水・鼻づまり ○本日 ○()日前から ○前の受診から	□ 鼻水・鼻づまり ○本日 ○()日前から ○前の受診から
□ 嘔吐 ○本日 ○()日前から ○前の受診から	□ 嘔吐 ○本日 ○()日前から ○前の受診から
何回ぐらいですか? (回/日)	何回ぐらいですか? (回/日)
最初に吐いたのは()日()時頃	最初に吐いたのは()日()時頃
最後に吐いたのは()日()時頃	最後に吐いたのは()日()時頃
□ 下痢 ○本日 ○()日前から ○前の受診から	□ 下痢 ○本日 ○()日前から ○前の受診から
何回ぐらいですか?(回/日)	何回ぐらいですか? (回/日)
□ 湿疹 ○本日 ○()日前から ○前の受診から	□ 湿疹 ○本日 ○()日前から ○前の受診から
部位はどこですか()	部位はどこですか()
□その他()	□その他()
※他院で処方されている薬がありましたら、お薬手帳をお出しください。	※他院で処方されている薬がありましたら、お薬手帳をお出しください。